MÉMOIRE

SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE

DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Les anatomistes et les physiologistes modernes reconnaissent généralement que le produit de la génération passe de l'ovaire dans la trompe avant d'arriver dans l'utérus, où l'ovule doit acquérir tout son développement. Une cause fortuite peut cependant faire que cet ovule soit arrêté, et qu'il ne se porte pas régulièrement d'un point à l'autre du trajet qu'il devrait parcourir. La grossesse est alors nommée *extra-utérine*. On admet communément trois espéces de grossesses extra-utérines. Dans la première [1], la cavité abdominale contient l'embryon, et ses enveloppes contractent des adhérences soit avec un des viscères de cette cavité, soit avec le péritoine.

Si le produit de la fécondation reste dans l'ovaire [2], et qu'il s'y développe, cela constitue la deuxième espéce de grossesse extra-utérine [3]. Enfin, pour la troisiéme espèce, l'ovule ne franchit pas la trompe utérine, et prend dans ce canal un accroissement plus ou moins grand.

Je pense qu'une quatrième espéce de gestation extra-utérine [4] doit être établie. C'est d'après un petit nombre d'observations recueillies depuis quelques années par des hommes dignes de foi, que l'admission de cette quatrième espèce de grossesse me paraît nécessaire; et c'est de nouveaux faits de ce genre que je vais faire connaître. Ils seront les premiers dont l'histoire aura été publiée en France.

Dans cette espèce de grossesse, la propre substance de l'utérus renferme le fétus, sans qu'un kyste le sépare du tissu de ce viscère, comme il arrive à tous les corps étrangers qui pénètrent l'épaisseur de nos organes, et comme on le voit particulièrement pour les acéphalocystes et pour quelques entozoaires. Aucune com-

(1) Grossesse abdominale (*graviditas abdominalis*).

(2) Grossesse tubaire (*graviditas tubaria*).

(3) Grossesse ovarique (*graviditas ovaria*).

(4) Grossesse dans le tissu de l'utérus (*graviditas in uteri substantiâ*).

munication n'existe entre l'excavation contenant le fétus, la cavité de l'abdomen et celle de l'utérus.

J'ai reçu de M. Bellemain, médecin titulaire du troisième dispensaire, une pièce anatomique que l'examen me fit reconnaître pour être un cas de grossesse extra-utérine d'une espèce nouvelle.

OBSERVATION I[re].

Madame B... éprouvait les malaises et les incommodités qui accompagnent fréquemment la grossesse, lorsque, le 10 juin 1825, elle offrit des symptômes graves, tels que des vomissemens de tous les alimens pris quelques heures auparavant, etc. Bientôt après, des douleurs vives se manifestèrent vers l'hypogastre, et s'étendirent jusqu'au rectum; la malade éprouva des défaillances et un sentiment général d'affaiblissement; enfin, la pâleur de la face et des lèvres, la petitesse du pouls, et des syncopes prolongées indiquèrent que madame B..... était dans un danger réel.

On recommanda le repos, et l'on prescrivit une potion anti-spasmodique. Les douleurs durèrent pendant toute la nuit, et augmentèrent d'intensité. L'abdomen, d'abord insensible sous la pression de la main, devint douloureux, et les lipothymies furent bientôt plus fréquentes. Le doigt, porté dans le vagin, fit reconnaître un développement très marqué de l'utérus, sans dilatation du col. La malade déclarait être enceinte de trois mois. Vingt sangsues furent appliquées sur l'abdomen, et l'on prescrivit l'usage des demi-bains.

Tous les symptômes continuèrent sans rémission jusqu'au lendemain 11 juin, et à neuf heures du matin, en retirant la malade du bain, elle expira.

L'invasion subite des accidens, la rapidité de leur marche et la promptitude de la mort ayant laissé des incertitudes sur la nature de la maladie, on désira faire l'examen du cadavre; le 12 juin, MM. les docteurs Bellemain, Arbel et Lartet y procédèrent.

L'opinion des médecins qui avaient assisté la malade était, qu'il fallait attribuer sa mort à une inflammation sur-aiguë du péritoine, ou à la rupture d'un gros vaisseau sanguin de l'abdomen ou de la cavité pelvienne.

Le ventre ouvert, on découvrit un épanchement considérable de sang, en partie liquide et en partie coagulé, dans la cavité du bassin. L'utérus, quoique dilaté, n'avait pas franchi le détroit supérieur, et offrait une déchirure à sa base, et un peu à gauche. Cette déchirure avait intéressé le péritoine et le tissu de l'organe, sans établir de communication entre la cavité abdominale et la cavité utérine, comme on le crut d'abord. A travers cette ouverture accidentelle de l'utérus, sortait un fétus enveloppé de ses membranes.

C'est cette pièce, accompagnée d'un dessin, que nous avons eu l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie royale de Médecine (Voyez pl. 1, fig. 1, 2, 3, 4.)

L'utérus, long de cinq à six pouces, sur quatre de largeur, présente une cavité qui contiendrait un œuf de poule, et dans laquelle nous avons trouvé beaucoup de mucosités ou d'albumine, et une membrane qui est certainement la membrane caduque de Hunter (*membrana decidua Hunteri*, Epichorion de M. Chaussier). Ce tissu de nouvelle formation offre une face interne ou fétale lisse, et une face externe ou utérine, tomenteuse, caractères propres de la membrane de Hunter.

L'épaisseur des parois de l'utérus est de seize à dix-huit lignes; ainsi cet organe est beaucoup plus volumineux, et ses parois sont plus épaisses que lorsqu'il est dans l'état de vacuité.

Les ovaires sont sains, la trompe utérine droite est oblitérée dans sa moitié supérieure; celle du côté gauche l'est dans toute son étendue. Disséquée avec soin, nous n'avons pas pu découvrir son canal, ni faire pénétrer dans ce cordon aucun liquide à l'aide de la seringue et du stylet d'Anel.

La cavité contenant le fétus s'est formée dans l'épaisseur de la substance du fond de l'utérus, au-dessus de l'insertion de la trompe gauche. Cette cavité n'est tapissée par aucune membrane; assez grande pour contenir un petit œuf de poule, sa surface inégale présente l'orifice d'un grand nombre de vaisseaux ou sinus utérins. Dans ces sinus étaient engagés les cotylédons en forme de pinceaux vasculaires, qui constituent les rudimens du placenta. La cloison qui sépare cette cavité de celle de l'utérus a un demi-pouce d'épaisseur, mais la paroi supérieure, c'est-à-dire celle qui correspond à la base de l'utérus, et sur laquelle existe la déchirure, n'a que deux lignes d'épaisseur. On peut cependant reconnaître que cette paroi est formée de deux élémens distincts : 1° le péritoine ; 2° la substance de l'utérus. Je fais cette remarque parce que des physiologistes ont pensé [1] que, dans cette espèce de grossesse extra-utérine, l'ovule glissait et se logeait entre le péritoine et l'utérus.

Dans toute la circonférence de la cavité contenant le fétus, des vaisseaux nombreux s'étaient développés dans la substance de l'utérus, ce qui indique une circulation et une nutrition très actives dans ce point. Aucune ouverture, aucune communication n'existait entre la cavité logeant le fétus, et la cavité de l'utérus proprement dite.

Le fétus avec ses enveloppes a trois pouces environ de longueur. La face externe du chorion présente, dans un grand nombre de points, au lieu d'un placenta régulier, des cotylédons, qui ne tiennent au chorion que par des pédicules longs et fili-

(1) Carl. Gust. Carus : Zur Lehre von Schwangerschaft und Geburt; physiologische, pathologische, und therapeutische Abhandlungen, etc. Leipzig, 1822.

formes. Cette disposition a de la ressemblance avec celle du placenta des ruminans [1]. Un de ces cotylédons est encore engagé dans un des sinus utérins, et fait adhérer l'œuf à la mère.

OBSERVATION II.

Je devais à l'amitié du docteur Albers, de Brême, de connaître un cas semblable à celui que je viens de décrire, et ce savant m'avait engagé à faire des recherches sur ce point; mais jusqu'ici ma propre observation ne m'avait rien appris.

Peu avant sa mort, Albers me manda qu'il avait été appelé auprès de la femme d'un négociant, enceinte de trois mois. Cette dame, après s'être levée en bonne santé, fut inopinément prise, dans la matinée, de douleurs très vives dans l'abdomen. Elle ne les considéra d'abord que comme des coliques; mais leur intensité augmentant, la malade réclama les secours de la médecine. Dès sa première visite, Albers soupçonna que la grossesse pouvait être *extra-utérine*, et que les accidens dépendaient de la rupture de la trompe utérine ou d'un kyste dans lequel le fétus se trouvait renfermé. Ce soupçon fit qu'Albers vint au bout de quelques heures revoir la malade. Il la trouva pâle et froide comme un cadavre, et ses lèvres étaient d'un bleu violet. Le pouls était fréquent et très petit. Cependant, cette femme, couchée sur le côté droit, paraissait tranquille, ne se plaignait que lorsqu'on la questionnait sur son état, et déclarait éprouver des douleurs très violentes dans le ventre, principalement dans la région ombilicale. Ces douleurs persistèrent jusqu'à six heures du soir : elles cessèrent alors; mais la malade disait aux assistans qu'elle sentait sa fin approcher. En effet, elle expira au bout de quelques instans.

Albers m'assurait avoir, dès sa seconde visite, reconnu la maladie, de manière à ne pas conserver de doute sur sa nature. Il en appelle sur ce point au témoignage de son ami M. le docteur Olbers, savant astronome de Brême, et à celui de M. le docteur Schmidt, conseiller aulique, qu'il avait fait appeler en consultation.

Albers fit, au bout de vingt-quatre heures, l'ouverture du corps de cette femme en présence de MM. Schmidt, père et fils. Il reconnut que l'utérus était déchiré, et qu'un très petit fétus s'était échappé par cette ouverture. Il me dit dans sa lettre, que l'œuf s'était développé d'une manière merveilleuse dans la substance de la matrice, sans que le lieu qui servait de réceptacle communiquât avec la cavité de l'utérus.

Mon ami ne me donnait aucun autre détail sur ce cas fort singulier; il m'annonçait qu'il allait s'occuper d'en rédiger l'histoire, pour la publier dans les transactions

(1) Ueber das Gebærorgan der Menschen und der Sæugthiere im schwangern und nicht schwangern Zustande; von Dr. Joh. Christ. Gottfried Jœrg. Leipzig, 1808.

de la Société médico-chirurgicale de Londres. Mais la mort a enlevé le docteur Albers avant qu'il ait fait imprimer ce travail [1].

Le cabinet d'anatomie du docteur Albers ayant été acheté par le roi de Prusse pour en faire présent à l'Université de Bonn, M. le professeur Mayer a été chargé de l'examen de cette collection, et je dois à son obligeance les renseignemens suivans :

« Bonn, sur le Rhin, 20 décembre 1824.

« Monsieur,

« Ayant su que vous aviez fait un Mémoire sur une *graviditas in substantiâ uteri*, j'ai « pensé qu'il vous serait peut-être intéressant de savoir dans quelles mains se trouve « maintenant la préparation de la pièce anatomique observée par M. Albers, dont « vous faites mention dans votre Mémoire. Il y aura bientôt deux ans que j'ai acheté « pour notre Université la belle collection anatomique de feu M. Albers. Mais il « n'y a que peu de mois que j'ai découvert la préparation de cette *graviditas in sub-* « *stantiâ uteri*, parce que le bocal dans lequel se trouvait cette pièce rare n'avait ni « chiffre ni inscription. Le catalogue même n'en fait pas mention. J'attends encore des « renseignemens de Bremen, sur l'histoire de la maladie de la mère, et sur le « Mémoire que M. Albers a voulu publier, pour que je puisse moi-même donner une « description de ce cas intéressant. Je soupçonne d'avance que je ne serai pas d'accord « avec M. Albers sur quelques points de l'anatomie de cette préparation ; je proposerai « aussi le nom de *graviditas interstitialis*, qui me paraît plus court et plus clair « que celui que vous avez donné (*graviditas in uteri substantiâ*).

« J'aurai l'honneur, monsieur, de vous communiquer dans quelque temps mon « travail sur ce point d'anatomie pathologique, et je vous prie, en attendant, d'agréer « l'assurance de la parfaite considération avec laquelle restera toujours,

« Monsieur,

« Votre très dévoué serviteur,

« MAYER,

« Professeur d'anatomie. »

(1) Dans une lettre que le docteur Roget, secrétaire général de la Société médico-chirurgicale de Londres m'a adressée, il m'assure qu'Albers n'avait envoyé à cette société aucun mémoire sur le cas dont nous parlons. Il faut qu'Albers ait observé deux faits du même genre ; car on lit dans l'ouvrage de M. Carus qu'Albers, peu de temps avant sa mort, avait acheté, pour une somme assez forte, une pièce anatomique présentant une grossesse dans laquelle le fétus était dans le tissu de l'utérus, et qu'il en destinait la description et les figures pour les mémoires de la Société médico-chirurgicale de Londres. (Voyez la note (A) à la fin du Mémoire, pag. 22.)

Depuis la réception de cette lettre, le professeur Mayer m'a envoyé, dans le mois de juin de cette année (1825), les notes suivantes sur la disposition anatomique des parties :

« La matrice, qui est ouverte, laisse apercevoir la membrane inflammatoire, con-
« nue sous le nom de *membrana caduca Hunteri*. Cet organe est gonflé du côté
« gauche, près de l'insertion de la trompe. Dans ce même point, on distingue une
« ouverture de cinq lignes de diamètre dans l'utérus, ouverture par laquelle sortent
« quelques flocons tomenteux du chorion. Dans l'intérieur de la substance de la
« matrice, on voit l'ovule avec le petit embryon déformé. La cavité de la matrice
« est séparée de l'ovule par une cloison formée par la substance de l'utérus, et qui
« a une épaisseur de trois lignes. L'*ostium uterinum* de la trompe gauche et de la
« trompe droite est fermé. Je ne comprends pas comment Albers a pu dire que
« l'embryon avait glissé dans l'abdomen, ce qui me paraît impossible. La trompe
« droite est, jusqu'à son insertion dans la matrice, extrêmement gonflée, et dans un
« état qui me fait présumer qu'il y avait eu, soit auparavant soit simultanément, une
« *graviditas tubaria.* »

La science ne possédait que deux observations semblables à celles que nous venons de rapporter. Ces observations étant très peu connues, je crois qu'on me saura gré de les rapporter ici.

OBSERVATION III.

La première de ces observations est due à M. le professeur Schmitt; elle est consignée dans le premier volume des Mémoires de l'Académie-Joséphine, médico-chirurgicale de Vienne[1]. (Voyez pl. II, fig. 5 et 6.)

Une femme âgée de 28 ans, avait eu cinq grossesses; les quatre premières furent heureuses et conduites à terme; mais la dernière n'alla que jusqu'au cinquième mois. Cette femme s'était toujours bien portée, à l'exception de quelques accès d'hystérie, qui ne dataient que de la dernière gestation. Un mois environ avant sa mort, elle fut affectée, à la suite d'un petit voyage, d'une douleur gravative de l'estomac; cette douleur persista avec le même caractère de pesanteur pendant dix jours, et alors des vomissemens se manifestèrent. Cette femme ne croyait pas être enceinte, parce qu'elle avait toujours eu ses régles, tandis que dans toutes ses grossesses les menstrues avaient été suspendues. Elle assurait n'éprouver aucune des sensations qu'elle avait ressenties pendant les gestations précédentes. Le jour de sa mort, dans la matinée, elle dit se sentir mieux que depuis plusieurs semaines, et ni

(1) Beobacht. der kais. k. medicinisch-chirurgischen Akademie zu Wien. 1 Bd 1801, tab. V, p. 65.

les vomissemens, ni la pesanteur d'estomac ne se manifestèrent; mais, à midi, elle fut tout à coup tourmentée par un malaise et des vomituritions; bientôt des syncopes survinrent, et le soir, vers cinq heures, cette femme mourut au milieu de convulsions violentes.

L'examen du cadavre fit reconnaître que l'abdomen contenait une grande quantité de sang; que l'utérus avait pris du développement, et qu'il était plus gros à droite qu'à gauche; enfin, qu'il offrait une rupture sur le côté le plus développé. La cavité de cet organe tapissée par une membrane tomenteuse, n'avait aucune communication avec le sac qui contenait le fétus. Cette excavation était formée dans la propre substance de l'utérus, et le fétus paraissait avoir six semaines. L'orifice interne de la trompe droite était absolument fermé, tandis que celui de la trompe gauche était ouvert.

OBSERVATION IV.

Un cas analogue à celui que nous venons de décrire a été observé par M. Hédrich[1], et M. Carus, professeur à Dresde, m'en a envoyé le dessin. (Voyez pl. 1, fig. 5.)

Une paysanne, âgée de 35 ans, ayant eu trois accouchemens heureux et deux fausses couches, se crut de nouveau enceinte, parce que depuis deux mois ses régles ne paraissaient plus. Revenant un soir des champs, elle ressentit tout à coup des coliques violentes, auxquelles succédèrent des vomissemens, une soif ardente, de la pâleur au visage, un sentiment général de refroidissement, des engourdissemens et des paralysies partiels, alternant avec des spasmes. Ces symptômes s'aggravèrent rapidement, quoique les coliques cessassent, et le lendemain, à onze heures du matin, cette femme expira.

A l'ouverture du corps, on trouva la cavité abdominale remplie de sang, et l'utérus augmenté de volume. Cet organe, en quelque sorte insufflé, paraissait au toucher, dans un état de vacuité, et sa base s'élevait jusqu'à la hauteur du détroit supérieur du bassin. On ne remarqua sur le côté droit de ce viscère qu'une hydatide de la grosseur d'une noisette; on voyait au contraire sur le côté gauche du même organe, une proéminence rouge, pourvue de nombreux vaisseaux sanguins, qui lui donnaient l'aspect d'un tissu enflammé; et sur cette saillie, on remarquait deux déchirures dans les parties minces des parois. Par ces ouvertures on pénétrait dans une cavité en forme de sac, qui contenait un embryon de onze à douze semaines, que les membranes amnios et chorion enveloppaient régulièrement; et sur ces membranes on apercevait des rudimens de placenta. La loge renfermant l'embryon était séparée de la cavité utérine proprement dite, beaucoup plus grande qu'elle ne l'est ordinairement, hors le temps de

(1) Archives de Horn; sept. et oct. 1817.

grossesse. Cette dernière cavité était tapissée par une membrane spongieuse et tomenteuse, qu'on regarda comme étant la membrane caduque altérée.

Un examen attentif ne put faire découvrir l'orifice de la trompe utérine gauche, oblitérée dans toute sa longueur.

M. J. F. Lobstein, dans un compte qu'il a rendu à la Faculté de Médecine de Strasbourg de l'état de son muséum anatomique, parle d'une préparation qui indique la présence d'un fétus dans l'épaisseur même des parois de l'utérus, sans qu'on puisse comprendre comment il y est parvenu [1]. »

Désirant avoir d'autres renseignemens sur cette pièce anatomique, j'ai prié M. Lobstein de vouloir bien l'examiner ; et d'après l'examen fait par cet habile et savant anatomiste, il a été reconnu que cette pièce, qui appartenait dès l'année 1736 à la collection de l'ancienne université, a été inscrite sous un faux titre. L'embryon avec ses enveloppes sont réellement dans la cavité de la matrice, et il paraît que dans l'origine, on a pris pour le tissu de l'utérus et pour la couche profonde et interne de ce tissu, le placenta intimement adhérent à la membrane caduque, qui dans cette pièce paraît être plus épaisse que de coutume, et d'une grande densité [2].

Il ne faut donc plus compter parmi les observations de grossesse extra-utérine dont nous parlons, l'exemple indiqué dans le catalogue du Musée de Strasbourg.

J'étais au moment de publier ce travail, lorsque j'ai lu dans une brochure récemment publiée, un exemple de grossesse extra-utérine du genre de ceux qui font le sujet de ce mémoire. L'auteur de l'opuscule ayant méconnu la nature du cas qui s'offrait à son observation, je m'abstiendrai de le nommer.

OBSERVATION V.

Une fille de 23 ans, primipare, bien conformée, d'un tempérament bilieux et habituellement taciturne, entra à l'hôpital le 5 juin 1821 ; occupée à des ouvrages d'aiguille en attendant ses couches, elle parut jouir d'une santé parfaite jusqu'au 17 juin, jour où elle éprouva de légers vomissemens, que l'on ne put attribuer à son régime ; à cette époque l'état du ventre annonçait une grossesse de huit mois, ce qui concordait avec la déclaration de cette fille ; cependant le col de l'utérus conservait toute sa longueur, à peu de chose près, et n'offrait aucune dilatation. Le 18, les vomissemens se répétèrent, quoiqu'ils eussent cessé pendant la nuit, et que les matières rejetées ne fussent que des mucosités. La malade éprouva des maux

(1) Compte rendu à la Faculté de médecine de Strasbourg sur l'état actuel de son musée anatomique, suivi du catalogue des objets qu'il renferme. Strasbourg, 1820.

(2) Lettre de M. J. F Lobstein ; Strasbourg, 1er septembre 1823.

de cœur, des défaillances ; le pouls devint petit, fréquent, variable ; le ventre, où existait une douleur vague, sembla contenir quelque chose de plus qu'une matrice chargée du produit de la conception, et donnait à la main la sensation d'une fluctuation obscure. Lorsqu'on demandait à la malade quelle était la partie du corps où elle souffrait, elle indiquait le cou et l'épaule droite. Bientôt tous les symptômes augmentèrent d'intensité, le pouls devint plus petit, une sueur froide se répandit sur le corps ; le visage, d'une pâleur mortelle, n'offrait plus que des traits altérés et abattus, avant-coureurs d'une fin prochaine. La nuit se passa dans les angoisses, et la mort, précédée du délire et de soupirs entrecoupés, arriva à six heures du matin.

Le chirurgien de l'hôpital, après s'être assuré que l'accouchement ne pouvait avoir lieu par les voies naturelles, procéda à l'opération césarienne. L'abdomen ouvert, il reconnut dans cette cavité la présence d'un enfant dont la tête regardait en haut. Enlevé avec l'arrière-faix, ainsi que de nombreux caillots de sang qui recouvraient les intestins grêles, il aperçut une vaste déchirure au fond de l'utérus, qui, examiné avec soin, présenta une disposition digne de remarque. Cet organe, formé de deux cavités superposées et sans communication, offrait ses rapports ordinaires, soit avec les parois du bassin, soit avec les viscères abdominaux. La loge supérieure contenant l'enfant occupait le fond de l'utérus ; elle était triangulaire ; ses parois, dans la partie qui correspond à la déchirure, étaient minces, membraneuses, les lèvres de la division frangées et noirâtres dans quelques points ; la partie inférieure de cette poche extraordinaire était séparée de l'autre par une cloison épaisse d'un demi-pouce. Il n'existait pas de trace de communication entre les deux cavités. Les ligamens larges, les ovaires et les trompes de l'un et l'autre côté, différaient essentiellement par leur position. Du côté droit, ils occupaient l'angle supérieur de ce double utérus, qui, extérieurement, avait l'aspect d'une matrice ordinaire. Mais ceux du côté opposé étaient placés à peu près au centre du bord gauche de l'utérus, et se cachaient dans l'excavation pelvienne. Une ligne tirée entre ces deux points d'insertion correspondait précisément à la séparation des deux cavités ; l'intérieur de la poche fétale ne différait en rien de celui d'un utérus après l'accouchement. On remarqua, en arrière et en bas, l'insertion du placenta, de sorte que la cloison y contribuait en partie. La cavité propre de l'utérus, ouverte sur sa partie antérieure, ainsi que le canal vulvo-utérin, ne présentèrent rien de particulier. Cette cavité était séparée en haut par la cloison épaisse, déjà indiquée, de la poche fétale, et inférieurement elle ne communiquait qu'avec le vagin. Une espèce de tissu graisseux adhérait faiblement à ses parois [1].

L'enfant, du sexe féminin, ne pesait que quatre livres et demie ; l'ombilic ne

(1) Ce sont probablement les vestiges de la membrane de Hunter.

répondait pas au milieu du corps ; la tête avait trois pouces et un quart dans son diamètre occipito-frontal, et deux pouces et demi dans le transverse. Le placenta avait vingt-deux pouces de circonférence, trois lignes d'épaisseur dans son milieu, et il était membraneux à sa circonférence; les enveloppes fétales parurent très épaisses.

Ce mémoire était achevé depuis long-temps, lorsque j'ai eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu un fait semblable à ceux que je viens de rapporter. L'histoire de la maladie a été tracée par M. Dance, élève interne de cet hôpital, que son zèle et ses talens distingués viennent de faire appeler aux fonctions d'aide de clinique. L'utérus et ses annexes m'ont été remis pour que j'en fisse l'examen anatomique, et à la description je joins le dessin, qui a été fait par un de nos habiles artistes. (Voy. pl. II, fig. 1, 2, 3 et 4.) Je conserve la préparation anatomique dans l'alcohol, et j'ai déjà déposé dans le muséum de la Faculté de Médecine la pièce pathologique qui fait le sujet de ma première observation.

OBSERVATION VI.

La nommée Fouchaux (Françoise), âgée de 34 ans, domestique, né à Besançon, département du Doubs, demeurant à Paris, rue Saint-Martin, n° 151, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, n° 8, le 21 juillet 1825.

Cette femme, d'une belle stature, régulièrement conformée, d'un embonpoint ordinaire, offrant à l'extérieur tous les attributs d'un tempérament sanguin-nerveux, fut apportée à l'Hôtel-Dieu, vers midi, le 21 juillet 1825; M. Dance se rendit dans la salle Sainte-Monique, où il faisait le service d'élève interne, vers deux heures environ. En approchant de la malade, il pensa, d'après le regard et la physionomie de cette femme, qu'elle était atteinte d'une péritonite aiguë; et comme la salle Sainte-Monique est destinée aux femmes en couches, la première question de M. Dance fut de demander à la malade depuis quelle époque elle était accouchée? elle répondit qu'elle n'était point grosse et qu'elle n'était point accouchée. Pressée d'interrogations, on obtint bientôt les détails suivans, qu'on fit répéter plusieurs fois, afin d'être sûr de leur exactitude.

Cette femme, mariée à l'âge de 18 ans, avait eu jusqu'à celui de 24 ans, trois enfans, dont l'aîné seul est vivant; le second est venu avant terme, le troisième est mort en naissant. Elle disait s'être toujours bien portée et que toutes ses couches avaient été faciles.

Depuis trois mois environ ses régles étaient supprimées, et elle assurait que cette suppression du flux menstruel ne tenait point à un état de grossesse; toutefois, elle déclarait avoir éprouvé une pesanteur dans les reins et une sorte de malaise

dans le bas-ventre, malaise qui s'est répété périodiquement à l'époque où les régles auraient dû paraître; mais ces incommodités n'avaient point eu de durée, et ni sa santé ni ses occupations n'en avaient souffert.

Le 20 juillet, elle se leva comme de coutume pour se livrer à ses travaux habituels, sans éprouver le moindre malaise; elle prit une tasse de café au lait pour son déjeûner; à une heure après midi on l'envoya en commission au marché Saint-Jacques, et c'est en revenant qu'elle fut tout à coup saisie d'une douleur violente dans le ventre, douleur qu'elle désigna sous le nom de *colique*, et qui se faisait sentir principalement autour de l'ombilic; il lui sembla que quelque chose se *déchirait* dans son ventre, tant la douleur était atroce, et immédiatement après, elle fut prise d'une défaillance poussée jusqu'à la syncope pendant une heure.

On fut obligé de l'emporter dans une maison voisine, où elle revint à elle; mais elle resta pâle, faible, se plaignit constamment du ventre, qui devint de plus en plus douloureux.

Toute la nuit se passa dans les angoisses et l'anxiété les plus grandes; cependant elle sommeilla par intervalle; des vomissemens se manifestèrent, mais ne durèrent que peu d'instans, et ne se répétèrent plus.

Les selles et les urines furent supprimées, la malade prétendait que ses règles avaient paru dans la nuit, parce que son linge avait été taché par un peu de sang, sorti par la vulve. Un médecin fut appelé, et il se borna à prescrire une potion calmante.

C'est vers deux heures de l'après-midi, le 21 juillet, que M. Dance vit la malade pour la première fois; voici l'état dans lequel il la trouva: la face pâle, offrait le caractère qu'elle présente dans les affections abdominales; elle était grippée avec expression d'anxiété et de souffrance; l'œil était cave et terne, le regard éteint; les lèvres avaient une couleur livide; la respiration, précipitée, était suffocative, la voix faible, mais les fonctions intellectuelles étaient entièrement saines; le ventre, développé, arrondi, était dur et tendu à sa partie inférieure, la pression provoquait de la douleur dans sa généralité, et surtout dans les flancs; la peau des membres commençait à se refroidir, celle du ventre avait sa température ordinaire; le pouls, entièrement vide, petit, filiforme, permettait à peine de l'explorer; la langue était pâle, blanchâtre au centre; l'urine et les selles étaient entièrement suspendues. En déshabillant la malade, on trouva sa chemise tachée d'une petite quantité de sang, ce qu'elle regardait comme produit par ses régles, qui, selon elle, avaient paru dans la nuit précédente. La soif était vive, et les boissons pouvaient être prises sans être vomies.

Après avoir recueilli tous ces renseignemens, et avoir bien examiné l'état de la malade, l'observateur fut fort embarrassé pour déterminer exactement la nature

de cette maladie. Il voyait bien que le siége du mal était dans l'abdomen : le volume et la sensibilité des parois de cette cavité portaient à soupçonner une péritonite sur-aiguë. Mais pourquoi cette invasion si subite au milieu d'une santé florissante, pendant des occupations qui éloignaient toute idée de maladie grave? et quelles étaient les causes de symptômes si prompts et si alarmans ? Voilà ce qui embarrassait, et ce qui faisait revenir à de nouvelles questions, pour parvenir à découvrir le siége précis et la nature du mal. Obtenant toujours les mêmes déclarations, M. Dance fit plusieurs suppositions. Serait-ce une perforation subite de l'estomac ou des intestins, avec épanchement et péritonite secondaire? la malade n'avait jamais éprouvé de symptômes qui annonçassent une maladie des voies digestives. Serait-ce une tentative d'avortement que la malade voudrait dissimuler ? elle assurait qu'elle n'était point enceinte ; cependant ses règles manquaient depuis trois mois, et étaient supprimées sans cause connue. Cette idée prévalut tellement, qu'il crut devoir toucher la malade ; et de prime abord il assura qu'elle était enceinte, quoi qu'elle eût dit pour faire croire le contraire. En effet, il trouva le corps de l'utérus plus lourd et plus pesant que d'habitude ; le col de cet organe était raccourci, et ramolli à son extrémité antérieure ; son ouverture était circulaire au lieu d'être bilabiée, et l'on put y insinuer l'extrémité du doigt indicateur. Tous ces caractères suffirent à M. Dance, et il ne fit point d'autres perquisitions. Il remarqua que son doigt n'était point taché de sang, lorsqu'il l'eut retiré du vagin. Après ces recherches, il fut persuadé de plus en plus que cette femme en imposait, et qu'elle voulait cacher des tentatives d'avortement : tout récemment il avait vu un cas de ce genre qui avait eu des suites très funestes. Il se proposa de vider la vessie pour examiner plus facilement le bas-fond de la matrice, que le développement des parois de l'abdomen empêchait de sentir ; il renvoya cette exploration à la visite du soir, et se contenta de prescrire l'application de quelques sangsues, et des fomentations émollientes sur le ventre ; mais à peine fut-il sorti de la salle, que la malade expira.

L'autopsie cadavérique fut faite vingt-quatre heures après la mort.

Extérieur du corps: le cadavre était frais, il offrait une légère roideur des membres ; le tissu cellulaire graisseux, sous-cutané, était assez abondant ; une grande pâleur existait à la peau, et quelques faibles sugillations furent remarquées à la partie postérieure du tronc.

Encéphale : les membranes du cerveau étaient dans l'état naturel ; ce viscère lui-même ne présentait aucune altération. On remarqua cependant un assez grand nombre de gouttelettes sanguines qui pleuvaient à la surface des sections pratiquées dans l'épaisseur de la substance de l'organe.

Le cervelet était sain.

Thorax : de légères adhérences anciennes unissaient les côtes aux poumons; ceux-ci étaient d'ailleurs dans l'état naturel, crépitans, et faiblement gorgés de sang.

Le cœur contenait dans ses cavités une très faible quantité de sang fluide; ses parois étaient un peu décolorées.

Après avoir détourné les intestins, pour pouvoir examiner plus attentivement la partie inférieure de l'abdomen, on découvrit une tumeur qui s'élevait du fond du petit bassin; sa forme extraordinaire laissa un moment d'incertitude. Cependant on reconnut bientôt que les ligamens larges et les trompes utérines s'inséraient sur ses côtés; alors les doutes se dissipèrent : la matrice, plus volumineuse que dans l'état de vacuité, s'élevait au-dessus du détroit supérieur, et présentait (ce qui a été un sujet de surprise) un développement extraordinaire de l'angle tubaire droit, qui s'allongeait, en forme de cône tronqué, de deux pouces environ au-delà de son niveau naturel, en formant un prolongement au centre duquel était une ouverture irrégulière, frangée, couverte de sang noir concrété, ayant un pouce de diamètre, et à travers de laquelle on sentit un corps arrondi, ballottant, qui se présenta de lui-même. Après avoir enlevé le caillot, on reconnut aussitôt la tête d'un fétus; autour de cette ouverture adhérait le mésentère. Cette adhérence avait lieu à l'endroit où ce repli membraneux vient se terminer dans la fosse iliaque droite, à quelques pouces au-dessus de la valvule cœcale, et vers le bord postérieur du mésentère, qui, sur ce point, était déchiré largement et irrégulièrement jusqu'à son bord antérieur, de manière qu'on aurait passé facilement les deux poings à travers cette ouverture. Les bords de cette large déchirure ayant été rapprochés, on vit que, quoique irréguliers, ils se correspondaient exactement; que les deux lames péritonéales dont se compose le mésentère n'étaient pas divisées de la même manière; que la rupture du feuillet supérieur droit, quoique partant primitivement du même point, s'étendait à gauche, tandis que la rupture du feuillet inférieur s'inclinait à droite, de façon qu'il y avait défaut de parallélisme entre eux. On remarquait en outre que du sang s'était infiltré, mais en petite quantité, entre les deux lames du mésentère, et, de proche en proche, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; qu'à l'endroit de l'adhérence du mésentère aux bords de l'ouverture dont nous avons parlé, ce repli membraneux était un peu épaissi et injecté.

En rapprochant toutes ces circonstances, M. Dance fut conduit à penser que cette large déchirure du mésentère, qui avait paru d'abord inexplicable, avait pu s'opérer pendant le développement de cette cavité anormale, recélant le produit de la conception. Il était survenu une inflammation sourde de ses parois, inflammation qui s'était étendue peu à peu à la portion du mésentère la plus voisine, d'où était résultée l'union de ces deux parties. Cette adhérence avait dû se faire dans le point le plus enflammé des parois de la cavité contre nature, et c'est dans ce lieu

précisément que l'ouverture s'était faite tout à coup, et qu'une communication s'était établie avec la cavité de l'abdomen. Au moment où cette rupture avait été produite, elle s'était étendue jusqu'au mésentère, qui, à raison de ses adhérences, avait été tiraillé à droite et à gauche, et la rupture s'était prolongée ensuite dans une grande longueur, soit par le flot de sang qui s'échappait, soit par l'effet des mouvemens de la malade, soit enfin par la perte de cohésion qu'éprouvent souvent les tissus enflammés.

Abdomen : aussitôt après l'ouverture de cette cavité, du sang s'écoula, et la surface du péritoine fut colorée par ce liquide. En continuant à enlever la paroi abdominale et à mettre à découvert les viscères, on rencontra de nombreux caillots de sang noir répandus çà et là dans les fosses lombaires et iliaques, jusque sous la concavité du diaphragme. Ces caillots étaient surtout nombreux et volumineux dans la cavité du petit bassin; les intestins, distendus par des gaz, étaient colorés par du sang fluide qui s'était accumulé dans les points les plus déclives. Ayant extrait successivement tous les caillots sanguins, et fait couler le sang encore liquide, on put juger de l'abondance de l'épanchement; la quantité du liquide fut évaluée à quatre ou cinq livres. Une hémorrhagie aussi copieuse devait faire supposer quelque désordre extraordinaire.

Quoi qu'il en soit, après avoir constaté les désordres appréciables à la vue, on enleva l'utérus du bassin, afin de l'examiner plus commodément.

On va maintenant donner une description détaillée des particularités qu'il présentait, et persuadé que la meilleure description ne vaut pas à beaucoup près ce que nous apprenons par l'application immédiate de la vue, la figure servira à donner une idée de la disposition des parties, et aidera à l'intelligence de la description. Cette matrice est dans un état d'hypertrophie considérable. Vers son angle tubaire droit, on remarque à l'extérieur un prolongement du tissu utérin, sous forme de cône surbaissé, dépassant le contour ordinaire de la matrice de deux pouces environ de hauteur, ce qui donne au bas-fond de cet organe un aspect tout particulier.

Au sommet A (pl. II, fig. 1 et 2) de ce prolongement on voit une ouverture irrégulièrement arrondie, frangée, qui nous a conduit dans la cavité B (fig. 2, pl. II), dans laquelle se trouvait un embryon avec ses enveloppes (fig. 3 et 4, pl. II); nous avons extrait cet embryon et décollé son placenta et les membranes qui étaient adhérentes dans leur presque totalité, afin de pouvoir examiner la nature de cette poche.

Cette cavité séparée par sa base du reste de la matrice est évidemment une continuation du tissu de l'utérus, dont on pouvait suivre les fibres dans les parois de la cavité accidentelle jusque tout près de l'ouverture qui se trouve à son sommet; mais ces parois allaient progressivement en s'amincissant de la base de la cavité où elles avaient trois lignes d'épaisseur jusqu'aux contours de l'ouverture qui n'était plus formée que par le péritoine recouvrant la poche extérieurement. Il a donc

été démontré, tant par la continuation de ces fibres que par leur couleur et leur ressemblance avec le tissu utérin, que la poche était formée, du moins à sa base, par un prolongement anormal de ce tissu, l'ovule paraissant avoir été déposé dans l'épaisseur des parois de la matrice et en avoir écarté peu à peu la substance pour se creuser une cavité ; car cette poche du côté de la matrice était sans communication avec la cavité de cet organe. On trouvait entre ces deux cavités une cloison représentée C (pl. II, fig. 2), de deux à trois lignes d'épaisseur, plus mince de beaucoup que les autres points des parois de la matrice, formée de fibres molles, rougeâtres, appartenant évidemment au tissu utérin. Mais comme la poche s'était développée vers l'insertion de la trompe droite, on pouvait penser que ce canal avait concouru à sa production, et que si le kyste n'était pas complétement tubaire, il s'était formé du moins dans cette portion de la trompe qui parcourt les parois de l'utérus, avant d'arriver dans sa cavité. Nous avons donc examiné soigneusement l'état de la trompe droite, et nous l'avons trouvée aussi longue que celle du côté gauche, à partir de son pavillon jusqu'à son insertion sur la poche. Nous l'avons trouvée d'une couleur naturelle, aussi resserrée, aussi étroite, aussi dense tout près de la poche qu'à son extrémité opposée, nous l'avons coupée en travers à quelque distance de la poche et avons essayé d'insinuer dans son canal une soie de sanglier, en la dirigeant du côté de la matrice; ce corps a pénétré sans peine jusque dans les parois de la poche, qu'il a semblé traverser entièrement; mais nous avons remarqué à la face interne du kyste et sous une membrane très mince qui le tapissait, une petite bandelette fibreuse d'un quart ou d'une demi-ligne d'épaisseur, représentée D (pl. II, fig. 2), qui est figurée dans la cavité de la poche et non dans ses parois pour la rendre plus apparente, laquelle semblait venir se perdre à l'angle tubaire droit de l'utérus, dans la cloison dont nous avons parlé tantôt. La soie de sanglier avait pénétré, non pas dans le kyste, mais dans cette bandelette fibreuse qui semblait creusée pour la recevoir; nous avons insinué doucement et plus avant notre espèce de sonde qui a suivi sans peine le trajet de cette bandelette, mais à quelques lignes de l'angle droit de l'utérus, la soie que nous voyons cheminer a paru à nu dans la cavité de la poche; nous avons aperçu de petites déchirures en ce point, opérées probablement en enlevant le placenta, et nous n'avons pu retrouver la cavité de notre petit canal dont la trace se dessinait encore. Alors nous avons cherché à insinuer une autre soie de sanglier par la cavité de la matrice dans le point où la trompe droite y aboutit, et nous n'avons pas tardé à la faire pénétrer jusqu'au point précis où notre première soie avait abandonné notre canal; nous avons été alors convaincu que ce canal était celui de la trompe utérine même, laquelle n'avait concouru en aucune manière au développement et à la formation de la poche, mais avait été rejetée sur les parois de cette dernière, et comme ces parois ont été continuellement en s'agrandissant, cette portion de la trompe qui

s'y trouvait accolée a dû subir une compression considérable; de là sa petitesse, son effilement et l'étroitesse extrême de son canal, sur les parois du kyste.

Voilà ce qui nous a paru le plus certain, et notre opinion consiste à regarder cette poche comme formée par l'écartement des parois de l'utérus, plutôt que résultant de la dilatation de la trompe. Quoi qu'il en soit, cette poche, à l'extérieur, était recouverte par le péritoine; à l'intérieur et après avoir enlevé le placenta, elle offrait quelques rugosités et quelques fibres en colonnes qui empêchaient sa surface d'être entièrement unie; autour de la crevasse ses parois étaient noirâtres et paraissaient avoir été enflammées. La capacité de la poche aurait admis le poing d'une personne adulte, ses parois étaient en avant plus épaisses qu'en arrière et toujours d'une texture analogue à celle du tissu de l'utérus.

La matrice elle-même était sans communication avec cette poche; voici les dimensions exactes des parties :

Hauteur de la matrice y compris son col : cinq pouces.

Largeur vers le milieu du corps : quatre pouces.

Largeur vers son bas-fond, en y comprenant la poche accidentelle : six pouces.

Epaisseur de ses parois dans presque tous ses points, hormis le col qui était plus mince : un pouce.

Longueur de la cavité du corps et de celle du col de l'organe : trois pouces neuf à dix lignes.

Longueur de la cavité du corps : deux pouces dix lignes.

Largeur de la cavité du corps vers sa partie moyenne : deux pouces.

Insertion de la trompe utérine gauche, distante du bas-fond de la matrice : un pouce.

D'après l'exposé de ces dimensions, on voit que la matrice avait acquis un développement considérable, quoiqu'elle ne contînt pas dans sa cavité le produit de la conception; on voit aussi que ses parois avaient pris une épaisseur bien plus considérable que celle à laquelle elles parviennent dans une période quelconque de la véritable grossesse; et ce n'est point au retrait de l'organe qu'il faut attribuer cette épaisseur, puisque la matrice ne s'est vidée que d'une petite quantité de sang : on voit que sa cavité était agrandie, et l'insertion de la trompe gauche à un pouce du bas-fond démontre, plus que toute autre chose, l'ampliation de l'utérus.

La texture de l'organe était également changée, son tissu était devenu mol, vasculaire, compressible et légèrement rosé dans toute son épaisseur. A la face interne de la matrice, surtout dans son bas-fond, on voyait des prolongemens tomenteux, filiformes, soyeux, de plusieurs lignes de longueur, formant au bas-fond des espèces de touffes fougueuses, paraissant adhérer au tissu propre de la matrice, mais qu'on enlevait facilement avec l'ongle, ce qui indiquait une production nouvell

parfaitement analogue à la membrane caduque dans les cas ordinaires; mais qui sans doute, à raison de l'absence de l'ovule, avait pris un développement plus considérable. Ces prolongemens s'observaient principalement au bord supérieur de la matrice et vers ses angles supérieurs. Le col utérin était raccourci, épaissi, ramolli, et ses lèvres avaient également diminué de consistance en augmentant de volume, elles n'étaient plus appliquées l'une contre l'autre de manière à former une ouverture transversale, mais écartées vers leurs parties moyennes où elles offraient une ouverture arrondie. D'après tous ces détails, il nous paraît démontré que non-seulement le tissu utérin avait éprouvé des changemens analogues à ceux qui surviennent pendant la grossesse ordinaire, mais encore que ces changemens étaient plus considérables que ne le ferait supposer la date de cette grossesse contre nature : en un mot, nous pensons que l'accroissement de l'embryon dont nous allons parler était en retard, comparativement au développement de l'utérus, surtout si l'on fait attention à l'épaisseur de ses parois. Mais cet embryon, situé dans une cavité qu'il était obligé de dilater à mesure que ses parties grandissaient, a dû être gêné dans son évolution.

Voici les dimensions du fétus et de ses annexes :

Longueur du fétus, du vertex aux talons, 3 pouces 8 lignes;

— De l'ombilic aux talons, 16 lignes;

— De l'ombilic au vertex, 2 pouces 4 lignes.

Longueur des membres supérieurs, 1 pouce 4 lignes;

— Des membres inférieurs, 13 lignes.

Tête volumineuse, bouche ouverte, un point d'ossification aux clavicules, sexe féminin, clitoris très saillant, ressemblant à un pénis, ce qui nous en a d'abord imposé.

D'après ce développement, on peut présumer que la femme qui fait le sujet de cette observation était enceinte de deux mois et demi à trois mois, comme l'indiquait la suppression de ses règles.

Le placenta était de forme ovalaire; dans son grand diamètre il avait 3 pouces 8 lignes, et dans le petit diamètre il avait 2 pouces seulement, sur 2 à 3 lignes d'épaisseur.

Sa structure était en tout conforme à celle des placenta utérins; il portait des cotylédons à sa surface extérieure, et des membranes recouvraient sa surface interne.

Le cordon ombilical était en proportion de volume avec le développement du fétus; il s'insérait sur le centre du placenta, et avait 5 pouces de longueur. Nous l'avons trouvé déchiré à sa base et ne tenant que par les membranes.

Les membranes étaient conformées comme dans l'état naturel; la poche des eaux était rompue lorsque nous avons ouvert le kyste, et les eaux s'étaient écoulées.

Les ovaires ne présentaient rien de particulier quant à leur volume et à leur couleur ; l'ovaire droit, plus gros que le gauche, contenait un petit kyste séreux.

Pour terminer les détails anatomiques, nous dirons que la membrane muqueuse, digestive, examinée sur plusieurs points de son étendue, s'offrait dans son état naturel; que le foie était d'une couleur pâle, légèrement jaunâtre, entièrement décoloré à sa surface et dans son épaisseur, et presque partout exsangue; que le péritoine ne renfermait aucun produit inflammatoire et ne présentait d'autre rougeur que celle qui résultait du contact du sang avec sa surface, en sorte qu'il n'y avait réellement point de péritonite.

L'existence de ce genre de grossesse extra-utérine bien constatée, il serait maintenant curieux de déterminer la cause et le mode de formation de cet état dans lequel le développement organique s'est opéré, en paraissant s'écarter des lois qu'il suit ordinairement, mais dans les sciences naturelles, il faut se borner bien souvent à la simple observation des faits; les explications sont faciles, lorsque l'esprit n'est pas rigoureux. C'est être sage que d'attacher peu d'importance à ces explications, et de ne les donner que comme de simples présomptions.

PREMIÈRE EXPLICATION.

On a pensé qu'il pouvait exister dans ces grossesses extra-utérines une pénétration des germes; que les deux individus appartenaient à la même fécondation, et que l'un avait pénétré l'autre. On connaît aujourd'hui une vingtaine d'observations de fétus qui se sont développés dans d'autres fétus. Dernièrement, on a trouvé dans le scrotum et le testicule d'un enfant nouveau-né, les débris d'un fétus; plusieurs fois, j'ai moi-même rencontré des restes d'embryon dans l'abdomen de petites filles ou de petits garçons âgés de quelques mois.

Mais on ne peut établir aucune espèce de parité entre ces faits et ceux que nous venons de rapporter.

Dans les cas de pénétration, c'est moins un enfant que les débris d'un fétus qui ont été découverts dans l'épaisseur des tissus de l'individu qui leur servait de matrice, tandis que dans la grossesse extra-utérine dont nous parlons, l'embryon ou le fétus offrait tous les caractères d'un individu qui se développait, et dont la mort avait précédé ou suivi de très près celle de la mère.

Presque tous ces fétus ont été trouvés dans des personnes adultes et chez des femmes qui avaient déjà eu plusieurs enfans. Non-seulement le fétus, mais encore

ses enveloppes et le placenta offraient une conformation favorable à l'entretien de la vie et au développement du nouvel individu. Aucune de ces circonstances ne caractérise les pénétrations de germe.

SECONDE EXPLICATION.

Quelques personnes, qui n'avaient pas observé elles-mêmes le genre de grossesse dont nous faisons l'histoire, ont dit que l'ovule avait glissé le long de la trompe utérine jusque sur le corps de l'utérus, en se plaçant sous le péritoine. La dissection ne laisse pas de doute à cet égard, et l'examen de la poche renfermant le fétus a permis de distinguer le feuillet péritonéal de la substance de l'utérus. Sur les lèvres de la déchirure, on pouvait aisément séparer ces deux tissus, et voir que la paroi extérieure de la poche était composée du péritoine et d'une couche plus ou moins épaisse de la substance de l'utérus. Cette seconde explication n'est donc pas plus admissible que la première.

TROISIÈME EXPLICATION.

Peut-on se rendre compte de l'existence des deux cavités utérines et de la présence d'un fétus dans la loge supérieure, en admettant une cloison horizontale incomplète, divisant la cavité de l'utérus, cloison qui, par le développement de l'organe, deviendrait entière, et fermerait toute communication entre la cavité fétale ou supérieure et la cavité vaginale ou inférieure?

On ne connaît aucun exemple d'utérus divisé par un diaphragme perpendiculaire à l'axe longitudinal de l'organe. Les matrices bilobées offrent une cloison médiane plus ou moins étendue, mais toujours parallèle à l'axe longitudinal. Si une ouverture eût existé, on en aurait trouvé quelque trace, et dans aucun des faits que nous possédons il n'a été remarqué de vestiges de cette ouverture.

QUATRIÈME EXPLICATION.

Il serait possible de concevoir que l'ovule, parvenu dans la trompe utérine, ait trouvé ce canal oblitéré dans sa partie inférieure; qu'alors, en vertu de cette force qui tend à porter l'ovule dans la cavité utérine, il soit survenu dans la partie inférieure de la trompe engorgée, une inflammation éliminatoire par laquelle l'ovule s'est frayé une voie jusque dans l'épaisseur du tissu de l'utérus : et l'ovule se comporterait ici comme le font les projectiles lancés par l'explosion de la poudre à canon, lorsqu'ils ont pénétré l'épaisseur de nos parties, ou comme le font tous les corps étrangers qui sont introduits dans les tissus animaux. On les voit parvenir peu à peu au dehors ou dans une cavité splanchnique par un travail inflammatoire qui leur fraie une route, et qui ferme le passage derrière ces corps étrangers à mesure qu'ils vont en avant. L'oblitération et

l'épaississement de la partie inférieure de la trompe utérine semblent venir à l'appui de cette explication, fondée sur un procédé bien connu en physiologie pathologique. J'aime mieux attribuer l'oblitération de la trompe à une inflammation de ce canal, qui aurait précédé la descente de l'ovule, que d'admettre que cette oblitération existait avant la fécondation, et que cette fécondation ne s'est pas opérée par le transport matériel du sperme, mais par la transmission d'un influx nerveux, ou d'un *aura seminalis*, qui n'exige pas, pour arriver jusqu'à l'ovaire, la liberté du canal de la trompe utérine.

CINQUIÈME EXPLICATION.

On pourrait encore trouver une explication du phénomène dont nous parlons, dans une disposition anatomique de la trompe de Fallope. On sait que ce conduit, vers son extrémité utérine, présente intérieurement l'orifice de plusieurs sinus utérins, ou l'embouchure de canaux vasculaires, quelquefois très apparens et très dilatés. N'est-il pas possible que l'ovule se soit arrêté à l'un de ces orifices, qu'il l'ait dilaté peu à peu, et que, poussé constamment par la force péristaltique de la trompe, au lieu d'arriver dans la cavité utérine, il se soit creusé une cavité dans le tissu de l'utérus, vers son fond, et plus ou moins près de l'insertion de la trompe?

Les trompes de Fallope ne se terminent pas à la partie externe et supérieure de l'utérus; elles pénètrent la substance de l'organe, et traversent ce tissu comme les uretères percent obliquement les parois de la vessie pour arriver jusqu'à la face interne de ce réservoir. Si l'on admet la possibilité de l'engagement de l'ovule dans un des orifices des sinus utérins qui s'ouvrent dans la partie de la trompe qui traverse le tissu de la matrice, on concevra que cet ovule ait eu peu d'espace à parcourir pour se trouver dans la substance propre de l'organe et pour parvenir jusqu'à son fond.

SIXIÈME EXPLICATION.

Enfin, si, peu satisfait encore de ces explications, on aimait mieux chercher la raison de ces grossesses extra-utérines dans certains vices de conformation qui ne sont souvent que des développemens organiques imparfaits, on pourrait, en s'appuyant de la théorie ingénieuse et féconde des analogues, trouver dans les animaux des dispositions anatomiques qui viendraient à l'appui de l'explication que nous allons donner.

Dans beaucoup de mammifères, l'utérus est bicorne et bilobé, c'est-à-dire que sa cavité est partagée en deux parties par une cloison, et que le corps de l'organe se sépare en haut en deux cavités distinctes, qui sont les cornes dont les trompes de Fallope forment la terminaison. Les monotrèmes, les ornythorinques, les didelphes, etc., sont des exemples très connus de la disposition dont je parle, disposition qui se retrouve, jusqu'à un certain point, dans l'utérus du fétus humain et de l'enfant nouveau-né. J'ai constamment vu cette apparence d'un utérus bicorne sur les

petites filles mortes peu de temps après leur naissance. M. Duméril a rencontré dernièrement, sur le cadavre d'une femme, à la maison royale de santé, une matrice double, c'est-à-dire que la cavité du corps de l'organe, ainsi que celle du vagin, presque jusqu'à la vulve, étaient séparées par une cloison. Cette disposition avait déjà été signalée par plusieurs anatomistes.

Ne serait-il pas possible que, dans un utérus construit de la sorte, un seul fétus, arrivant dans une des deux cavités, la distendît, et imprimât, par son développement, un mouvement tel à la cloison, que de longitudinale elle devînt transversale? Il est vrai que, d'un côté, la trompe s'ouvrirait au-dessus de la cloison, tandis que dans l'autre elle serait au-dessous. Dans le fait que nous rapportons, les orifices des trompes utérines correspondent l'un et l'autre dans la cavité inférieure. Nous pensons que l'explication dans laquelle on dit que l'ovule s'engage dans un des orifices des sinus utérins, est la plus simple et la plus admissible.

Mais pourquoi nous arrêter à une explication? il suffit d'observer et de faire connaître le fait; laissons à chacun le soin de l'interpréter. Toutes les observations rapportées dans ce Mémoire démontrent:

1° Que les grossesses extra-utérines ne se font pas seulement dans un des ovaires ou dans une des trompes; mais aussi qu'elles peuvent se former dans l'épaisseur du tissu de l'utérus;

2° Que pour cette espèce de grossesse extra-utérine, comme pour les autres, la gestation n'arrive que très difficilement à son terme ordinaire; je crois même que dans cette dernière espèce l'œuf doit éprouver plus de difficultés à se développer que s'il était situé dans la trompe utérine, ou simplement greffé sur un point de la surface du péritoine;

3° Qu'à une époque difficile à déterminer, une rupture est produite, et que cette rupture étant accompagnée d'épanchement de sang dans l'abdomen, la mort doit en être la suite prompte et nécessaire;

4° Que la membrane de Hunter préexiste à l'arrivée du germe dans l'utérus, puisque dans toutes nos observations cette membrane était distinctement formée, quoique les trompes fussent oblitérées;

5° Que cette membrane caduque, ou membrane de Hunter, n'appartient pas à l'embryon proprement dit, et qu'elle n'est pas indispensable à sa nutrition, puisqu'elle n'existait pas sur les parois de la poche où notre fétus s'était développé, tandis que nous l'avons trouvée dans la cavité de l'utérus;

6° Que l'utérus peut se développer, et la cavité de son corps augmenter d'une manière très marquée, sans que cet accroissement de nutrition de ses parois et cette dilatation de sa cavité soient provoqués par la présence d'un fétus dans le lieu ordinaire où le germe est reçu;

7° Que le placenta, ou organe de communication de l'œuf avec la mère, organe par lequel se font la nutrition et l'hématose pendant une grande partie de la gestation, n'est pas toujours disposé dans l'espèce humaine de manière à ne former qu'une masse ou qu'un gâteau, mais qu'il peut se développer sur divers points distincts de la surface de l'œuf et former des cotylédons, comme on le voit dans les ruminans.

NOTE.

(A). Nous avons eu raison de dire, dans notre note de la page 5 [1], qu'il fallait qu'Albers eût observé deux faits du même genre, car nous venons de recevoir de M. le professeur Mayer [2] l'histoire d'une maladie et la description anatomique d'une pièce pathologique, qui diffèrent essentiellement du cas dont la lettre d'Albers nous transmettait les détails. Je crois ces nouveaux documens trop curieux pour m'abstenir de les ajouter à ce Mémoire.

M. Mayer déclare devoir à M. le docteur C. H. Schmidt, de Brême, tous les renseignemens relatifs au cas de *grossesse interstitielle* provenant du docteur Albers. C'est dans les papiers de ce dernier que M. Schmidt a découvert un manuscrit qui était adressé au secrétaire de la société médico-chirurgicale de Londres.

« Le cas de conception extra-utérine que je vous soumets, se distingue principalement sous le rapport du lieu dans lequel l'œuf s'était développé. Circonstance tellement rare, que de tous les cas connus par moi de grossesse extra-utérine, il n'y en a que deux de semblables à celui dont je vais donner l'histoire. »

« La femme qui fait le sujet de cette observation, âgée de 26 ans, d'une bonne santé et d'une complexion robuste, s'était mariée deux fois : elle avait eu, il y a cinq ans, de son premier mari une petite fille, saine, bien portante, et qui vit encore. Deux ans et demi après son second mariage, elle se crut de nouveau enceinte, les règles ayant cessé de paraître depuis trois mois. Du reste elle se trouvait parfaitement bien, et jamais elle ne se plaignit. Le 19 septembre 1811, vers huit heures du matin, elle tomba dans l'escalier, et, renversée sur le dos, elle glissa sur plusieurs marches. Relevée, elle dit à son mari qu'elle éprouvait une douleur très vive dans la région du sacrum, et déclara que dans sa chute l'ébranlement avait été si fort, qu'elle en avait presque perdu connaissance. Elle se plaignait aussi de douleurs vives dans le bas-ventre, et l'expression de sa physionomie était fort altérée. Cependant elle se remit peu à peu, de manière à pouvoir vaquer aux soins de la maison, et à deux heures elle dîna avec son mari. Néanmoins les douleurs de l'abdomen et de la partie inférieure des lombes ne cessèrent pas entièrement, et la pâleur de son visage persévéra. A cinq heures du soir elle s'habilla, alla avec son mari faire une visite dans un quartier de la ville éloigné de sa demeure, elle prit du thé et se promena dans la maison. Au milieu de ces circonstances, elle eut une syncope et devint d'un froid glacial. Placée sur un canapé, on lui lava le visage avec du vinaigre : bientôt elle reprit ses sens et pria son mari de la ramener en voiture. Lorsqu'on voulut la soulever, elle ne put pas se tenir sur les jambes ; on la porta dans une voiture, qui alla très lentement, la moindre secousse produisant d'atroces douleurs. De retour au logis, un accoucheur fit faire des frictions avec de l'huile de camomille.

(1) Voy. page 5, note au bas de la page.

(2) Beschreibung eines *graviditas interstitialis uteri* nebst Beobachtungen über die merkwürdigen Veränderungen welche die weiblichen Genitalien und namentlich der UTERUS im hohen Alter erleiden - von Mayer Prof. der Anatomie und Physiol. zu Bonn. Bonn, 1825.

« Cette femme eut alors plusieurs syncopes, devint d'une pâleur mortelle, et tout le corps se refroidit. Elle se plaignait toujours de douleurs horribles dans le bas-ventre, se roulait sur l'un et l'autre côté du corps, et élevait ses bras en l'air. Vers deux heures du matin, après avoir pris un peu de thé (jusque là elle avait refusé de boire), elle eut un vomissement violent qu'elle crut pouvoir calmer avec un peu d'huile d'anis sur du sucre; elle demanda à être remontée un peu plus haut dans son lit, et elle expira. Ce n'est qu'après quatre jours, c'est-à-dire le 23 septembre, un peu avant l'enterrement, qu'on procéda à l'examen du corps.

« La cavité abdominale fut trouvée remplie par du sang noir, coagulé, et au milieu des caillots on découvrit un petit fétus, qui d'après sa grosseur fut regardé comme ayant environ neuf semaines. L'utérus paraissait avoir le volume qu'il a ordinairement à cette époque de la gestation : sur son côté gauche et supérieur il était saillant; le bord supérieur offrait une ligne convexe; le bord gauche était plane, tandis que celui du côté opposé était convexe. D'après cette dilatation de la partie gauche et supérieure, la trompe utérine de ce côté semblait s'insérer plus bas que la trompe droite. L'ovaire *gauche* [1] adhérait, par plusieurs membranes minces, à la partie latérale et inférieure de l'utérus, et de cette disposition résultait l'abaissement de la trompe droite, et cet ovaire formait un angle aigu avec le bord latéral droit de l'utérus.

« La matrice fut ouverte sur sa face postérieure par une incision longitudinale et par une incision transversale, allant de l'orifice de la trompe utérine gauche jusqu'à la première section. Il fut alors facile de reconnaître l'épaississement des parois de l'utérus et un développement des vaisseaux sanguins, comme on le voit sur l'utérus en état de gestation. La partie supérieure de ce viscère avait une épaisseur moindre que sa partie inférieure; la forme de sa cavité ne put être déterminée d'une manière précise, parce que la membrane caduque qui la tapissait en masquait les parois. Cette membrane très épaisse était gélatiniforme et différait ainsi de ce qu'elle est ordinairement.

« L'incision de l'utérus permit de reconnaître que l'œuf s'était développé dans le point indiqué, c'est-à-dire dans la partie de la trompe de Fallope qui perce la substance utérine, et que le tissu de la matrice et le péritoine en rapport avec cet organe avaient été distendus jusqu'à ce que la déchirure en résultât. La cavité utérine elle-même, ainsi que la partie de la substance de ce viscère voisine de cette cavité, avaient une teinte d'un rouge foncé. Aucun vestige des membranes de l'œuf ne purent être découverts. La déchirure aurait tout au plus donné passage à un corps du volume d'un pois, et il en sortait de petits filamens d'un rouge foncé, considérés comme dépendans des vaisseaux sanguins de l'œuf restés hors de l'utérus, après la contraction du tissu de cet organe. »

A ces renseignemens, fournis par M. le docteur Schmidt à M. le professeur Mayer, nous ajouterons la description que ce dernier a faite de la pièce anatomique trouvée dans le muséum d'Albers.

Cette préparation d'une pièce présentant une grossesse dans la substance de l'utérus, est composée de la matrice, des ovaires et des trompes de Fallope. La membrane péritonéale est intacte dans toute l'étendue où elle recouvre l'utérus. On peut facilement reconnaître les ligamens larges, les ligamens ronds et les ailes de chauve-souris (*alæ vespertilionis*) ou parties supérieures des ligamens larges qui, en arrière, se réfléchissent des trompes sur les ovaires. — L'utérus a 4 pouces de longueur (pied du Rhin), sur une largeur de 3 pouces et 7 lignes, dans le point où les trompes viennent s'ouvrir dans cet organe. Son épaisseur de devant en arrière est d'un pouce 9 lignes. Sa face antérieure est aplatie, la postérieure est convexe. On aperçoit encore une petite portion du vagin, et la coupe qui a été faite de ce canal laisse très bien voir l'orifice utérin. Cet orifice extérieur de l'utérus forme une fente transversale de 5 lignes et demie; la lèvre antérieure dépasse

(1) C'est sans doute *l'ovaire droit*.

un peu la lèvre postérieure : cette dernière offre des vestiges des vésicules de Naboth.

En examinant le viscère avec plus d'attention, on voit qu'il est développé d'une manière inégale, et que partout la moitié gauche de son fond s'avance beaucoup plus que la moitié droite. On aperçoit sur le côté gauche, au fond de l'utérus, en dedans et en arrière de l'insertion extérieure de la trompe de Fallope, un petit faisceau de villosités sortant par une ouverture arrondie de l'utérus. Cette fissure a 5 lignes de long sur autant de large.—Ces villosités ont l'aspect de celles qui appartiennent au chorion.—Après avoir ouvert l'utérus par une incision cruciale, on a reconnu que toute la paroi interne de cet organe est tapissée par une membrane plissée, molle, d'une à deux lignes d'épaisseur, couvrant la face intérieure de l'utérus, et adhérant à cette face par des fibres déliées. Cette membrane descend jusqu'à l'orifice interne de l'utérus, qu'elle oblitère ; et l'on peut la considérer comme étant la membrane caduque de Hunter.

La cavité de l'utérus a la forme d'un triangle légèrement arrondi, les parties latérales sont courbées en dehors, tandis que la paroi du fond est courbée en arrière. Après avoir détaché la membrane caduque de Hunter, la surface de la cavité paraît rugueuse, surtout dans le fond, la cavité du col n'est pas changée, et l'on distingue encore les *arbusculæ* sive *juga cervicalia.* L'épaisseur de la substance des parois de l'utérus est, dans le fond de l'organe, de 5 lignes et demie, tandis qu'au col elle est de 8 lignes et demie.

Près de son angle gauche, l'utérus contient dans sa substance une masse morbide, ovale, plus résistante que le propre tissu de l'organe. En dehors, cette masse a contracté une adhérence intime avec le tissu utérin, et cependant on peut aisément distinguer le tissu sain du tissu morbide. En dedans, au contraire, le parenchyme utérin a encore du côté de la cavité de l'organe trois lignes d'épaisseur, mais il adhère fortement à la masse morbide, et il est difficile d'indiquer la ligne de démarcation entre les paries saines et les parties malades.

Cette masse a percé la paroi de l'utérus dans l'endroit indiqué, et c'est par cette ouverture que sort le tomentum du chorion. La masse en question devient de moins en moins résistante à mesure qu'on se rapproche davantage de son centre, où elle n'est plus que du sang coagulé. Dans ce centre existe une cavité renfermant un petit œuf. — On aperçoit distinctement le chorion, lorsqu'on fait rentrer la partie membraneuse échappée par l'ouverture, du fond de l'utérus. La membrane amnios est tout aussi visible, et elle contient encore les rudimens d'un petit embryon, lequel est déformé et détruit en partie. Ces restes rudimentaires d'un embryon ont deux lignes de longueur, et semblent être la partie inférieure du tronc; en effet on y reconnaît le cordon ombilical long d'une ligne, se dirigeant vers l'abdomen ouvert de cet embryon, et dans ce cordon on peut apercevoir les vaisseaux *omphalo-mésentériques.* La vésicule ombilicale, longue de plus de deux lignes, occupe sa place accoutumée : son pédicule a déjà atteint une étendue de quatre lignes; il perce l'amnios et se prolonge dans le cordon. Cet œuf paraît appartenir à une grossesse de six semaines.

La trompe a pu être poursuivie jusque dans la substance intermédiaire dont j'ai parlé, mais M. Mayer n'a pas pu découvrir la place de l'orifice utérin de cette trompe dans la cavité de la matrice, ce qui lui fait croire que cet orifice a été oblitéré. Cette trompe est assez régulière et son orifice abdominal a son diamètre ordinaire, son canal est libre jusqu'à l'endroit précédemment indiqué. L'ovaire du même côté ne présente rien de morbide, si ce n'est quelques vésicules remplies d'albumine.

Ayant trouvé l'embryon avec tous ses annexes dans cette cavité abnormale, formée dans la substance de la matrice. M. Mayer ne conçoit pas comment Albers a pu dire que le fétus s'était échappé dans l'abdomen, à travers la fissure de l'utérus[1]. Cette sortie de l'embryon n'a pas pu arriver, puisque

(1) Non-seulement Albers le dit dans la lettre qu'il m'a adressée, mais M. Schmidt le répète dans la note que M. Mayer a tout recemment reçue de lui; —Voyez le mémoire de Mayer, — intitulé Beischreibung einer *graviditas interstitialis uteri*, etc.

l'embryon adhérait encore à ses membranes d'enveloppes et qu'il se trouvait à une distance assez considérable de la déchirure de l'utérus.

La trompe utérine et l'ovaire du côté droit étaient unis non-seulement entre eux, mais en outre avec la paroi postérieure de l'utérus, par des adhérences très fortes, produites par une inflammation déjà ancienne. Le tissu de ces mêmes organes était tellement altéré, qu'il a été difficile de les reconnaître et de les distinguer l'un de l'autre. L'ovaire droit dépouillé de sa membrane externe, était déchiré, ulcéré et détruit à tel point qu'il n'en restait plus qu'une petite portion. Le commencement de la trompe de Fallope offrait une dilatation assez grande pour contenir un œuf de pigeon, ce canal se rétrécissait peu à peu en se rapprochant de l'utérus. Ses parois étaient épaissies, sa surface interne était couverte d'adhérences, et à trois lignes de son insertion à l'utérus ce canal était totalement oblitéré.

La trompe utérine gauche était perméable jusqu'à la masse morbide; mais à partir de ce point, elle ne se continuait pas jusque dans la cavité de l'utérus. Cette masse morbide contenant le petit œuf était séparée de la cavité de l'utérus par une couche du parenchyme utérin, de trois lignes d'épaisseur. Une partie de cette substance intermédiaire, et notamment sa partie interne, se composait de sang coagulé et de lymphe plastique, qui formaient ensemble un tissu semblable à celui du placenta, et dans lequel s'inséraient les flocons et les vaisseaux du chorion. La couche externe de cette substance, beaucoup plus dure, cellulo-fibreuse, prenait insensiblement les caractères du tissu de l'utérus. Cette portion de la substance intermédiaire semblait être une production morbide, et il est très vraisemblable qu'il avait existé anciennement, à l'insertion de la trompe gauche, une induration dans la substance de l'utérus, laquelle a été cause de l'occlusion de l'orifice utérin de cette trompe, et a mis obstacle au passage de l'ovule, de sorte que celui-ci a été obligé de se développer entre elle et la substance de la matrice, dans l'épaisseur même de cette induration. Par l'effet de ce développement, l'œuf a fini par rompre la paroi de l'utérus dans son point le plus mince, et s'est ainsi frayé une voie jusqu'au dehors de la matrice. (Voy. pl. III.)

Il résulte de ces renseignemens, fournis par M. le docteur Schmidt à M. Mayer, et de l'examen que ce dernier a fait de la pièce anatomique provenant du muséum d'Albers, que le cas dont j'ai rapporté l'histoire et celui dont parle M. Mayer, sont tout-à-fait différens et ne peuvent être confondus. C'est ce que j'avais déjà pressenti page 5 [1], voyez la note ; M. le professeur Mayer est aussi de cet avis. Albers aurait-il eu en sa possession deux exemples de grossesse dans la substance de l'utérus, ou bien un de ces cas ne serait-il qu'une grossesse tubaire que l'on aurait prise pour une grossesse interstitielle ? Je suis assez disposé à adopter cette dernière supposition, et elle s'accorde avec ce que dit M. Mayer, qui a trouvé dans le muséum d'Albers un exemple de grossesse interstitielle, et un exemple de grossesse tubaire. Le manuscrit d'Albers aurait dissipé tous nos doutes. Il n'en reste pas moins démontré qu'Albers avait observé ce genre de grossesse extra-utérine, et la description de M. Mayer ne laisse aucune incertitude à cet égard. (Voyez pl. III, fig. 1.)

Ce genre d'abnormité demande dans son examen une grande habitude d'observer nos organes sains et malades. Je n'en veux pour preuve que ce qui est arrivé dernièrement. Deux jeunes médecins de beaucoup de mérite n'ont vu, dans un cas du genre de ceux dont nous parlons, qu'une rupture de l'utérus en état de gestation, tandis que M. le professeur Désormeaux, dont le jugement est une grande autorité, a reconnu que c'était un nouvel exemple de *grossesse dans la substance de l'utérus* [2]. Je regrette beaucoup de n'avoir pas pu examiner la pièce anatomique qui n'a pas été conservée.

(1) Voyez page 5 de ce Mémoire.

(2) Voyez *Archives de Médecine*, n° de novembre 1825.

DESCRIPTION DES PLANCHES.

PREMIER MÉMOIRE

SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Planche I. Les parties sont représentées dans leur grandeur naturelle.

Fig. 1. *aaa.* Corps de l'utérus.

b. Cavité de l'utérus qui contenait la membrane caduque. (Voyez les fig. 4 et 5.)

c. Cavité creusée dans l'épaisseur des parois de l'utérus, et contenant le fétus.

ddd. Fétus avec ses enveloppes et les pinceaux vasculaires représentant les cotylédons du placenta.

e. Portion vasculaire du placenta adhérant encore à l'utérus, et pénétrant dans un des orifices des sinus qui étaient en grand nombre sur toute l'étendue des parois de la cavité accidentelle. — C'est dans cette cavité que le fétus était renfermé.

ff. Trompes utérines et extrémités frangées ou pavillons de ces trompes.

g. Ovaires.

h. Portion du péritoine formant les grandes ailes de la matrice.

ii. Col de l'utérus ouvert sur sa partie antérieure.

kk. Vagin fendu dans toute sa longueur.

Fig. 2. Œuf ouvert. — On voit le fétus; il est du sexe féminin. On distingue également les membranes chorion et amnios, ainsi que le *tomentum* vasculaire du placenta.

Fig. 3. Portion de la membrane caduque (*membrana decidua Hunteri*), vue du côté de sa face utérine.

Fig. 4. La même membrane vue par sa face interne.

Fig. 5. Portion du placenta examinée à la loupe, et laissant voir les orifices des deux ordres de vaisseaux dont le placenta est formé.

Fig. 6. Elle représente le cas observé par Hédrich. Voyez observation IV.

Planche II. Les figures 1, 2, 3, 4, représentent les pièces qui appartiennent à l'observation VI.

Fig. 1. Utérus et ses annexes, vus par leur face antérieure.

a. Tumeur s'élevant de la partie droite postérieure et supérieure de l'utérus, et formant la poche dans laquelle le fétus était renfermé.

b. Cavité de l'utérus qui était vide, car elle ne contenait que la membrane caduque.

c. Les vestiges de cette membrane caduque de Hunter.

ddd. Parois de l'utérus, dont l'épaisseur s'est accrue d'une manière remarquable.

e. Cavité du col de l'utérus; on y voit encore les rides ou les plis que cette partie de l'utérus présente ordinairement. Cette cavité contenait une espèce de gelée ou mucosîté gélatiniforme.

ff. Les vestiges de l'orifice vaginal de l'utérus et les deux lèvres de cet orifice formant ce qu'on appelle le *museau de tanche.*

g. Une partie de la cavité du vagin.

hh. La section du vagin.

ii. La trompe utérine droite.

k. La portion de cette trompe qui est adossée à la tumeur, sans cependant offrir d'ouverture de communication avec la cavité de cette tumeur, laquelle contenait le fétus.

l. L'orifice utérin de la trompe. — On voit une soie de sanglier sortir par cet orifice.

m. Le pavillon de la trompe droite et l'orifice de cette trompe, dans laquelle est engagée la soie qui sort d'autre part dans la cavité de l'utérus.

nn. La trompe utérine gauche.

o. L'orificc extérieur, ou pavillon de cette trompe utérine.

pp. Les ligamens larges, ou replis du péritoine de l'un et de l'autre côté.

qq. Les ovaires.

rr. Le péritoine recouvrant le corps de l'utérus et se réfléchissant et sur la tumeur et sur les annexes de l'utérus.

Fig. 2. Une portion de l'utérus précédemment décrit et vu par sa face postérieure pour reconnaître la disposition de la tumeur *A*, qui est ouverte dans une grande étendue, de manière à laisser voir tout l'intérieur de la cavité de cette tumeur.

BB. Cavité de cette tumeur, dans laquelle on aperçoit les vestiges de la membrane caduque de Hunter.

C. Cloison formée par le tissu propre de l'utérus, et séparant la cavité accidentelle *BB* de la cavité utérine naturelle, représentée *b*, fig. 1.

D. Ouvcrture produite par le scalpel et établissant une communication entre la cavité accidentelle contenant le fétus et le canal de la trompe utérine.

eeee. Trompe utérine vue en partie hors de l'utérus, et en partie lorsqu'elle est accolée à la paroi de la tumeur. Les points indiquent le trajet parcouru par une soie de sanglier. Cette trompe est ouverte en *D*, et par cette ouverture on aperçoit la soie par laquelle le canal de la trompe est parcouru.

ff. Portion frangée ou pavillon de la trompe utérine.

g. Orifice extérieur de cette trompe.

kkkkk. Feuillet péritonéal recouvrant le corps de l'utérus et la paroi extérieure de la tumeur, où il est bien distinct du tissu propre dc la matrice. On voit aussi ce feuillct péritonéal se porter de l'utérus sur la trompe de Fallope, et de celle-ci sur l'ovaire.

Fig. 3 et 4. Ces figures représentent le fétus et le cordon ombilical par lequel il tient encore à ses enveloppes ou membranes de l'œuf.

aaa. Le *tomentum* extérieur de l'œuf.

bbb. La membrane caduque.

ccc. La membrane chorion.

ddd. La membrane amnios.

Fig. 5. Elle représente le cas dont M. Schmidt a donné l'histoire. C'est à M. le professeur Carus que je dois le dessin de cette figure lithographiée.

a. Cavité dans laquelle l'embryon ainsi que ses membranes en partie détruites étaient contenues.

b. Cavité de l'utérus, offrant encore des vestiges de la membrane caduque de Hunter.

cccc. Le corps de l'utérus fendu dans toute sa longueur sur la partie moyenne de la face antérieure.

d. Oblitération de la trompe, avec l'ovaire correspondant, dans lequel de la sérosité était contenue.

e. Orifice vaginal du col de l'utérus.

f. Trompe utérine droite.

Fig. 6. Embryon de six semaines, qui était renfermé dans la cavité *a* de la figure précédente.

Planche III. Elle représente la pièce provenant du cabinet d'Albers, et dont le professeur Mayer m'a donné la description.

a. *Museau de tanche*, orifice de l'utérus dans le vagin et les deux lèvres de cct orifice.

b. Tumeur dont la cavité contenait l'embryon. — On voit sur cette tumeur une déchirure de quelques lignes d'étendue, et par cette ouverture sortent des villosités du chorion.

c. Trompe utérine gauche.

d. Ovaire gauche.

e. Trompe utérine droite.

f. Ligament rond gauche.

g. Ligament rond droit.

hhh. Adhérences membraneuses à la face antérieure de l'utérus.

ii. Section circulaire du vagin.



N. H. Jacob del.

Lith. de Langlumé.

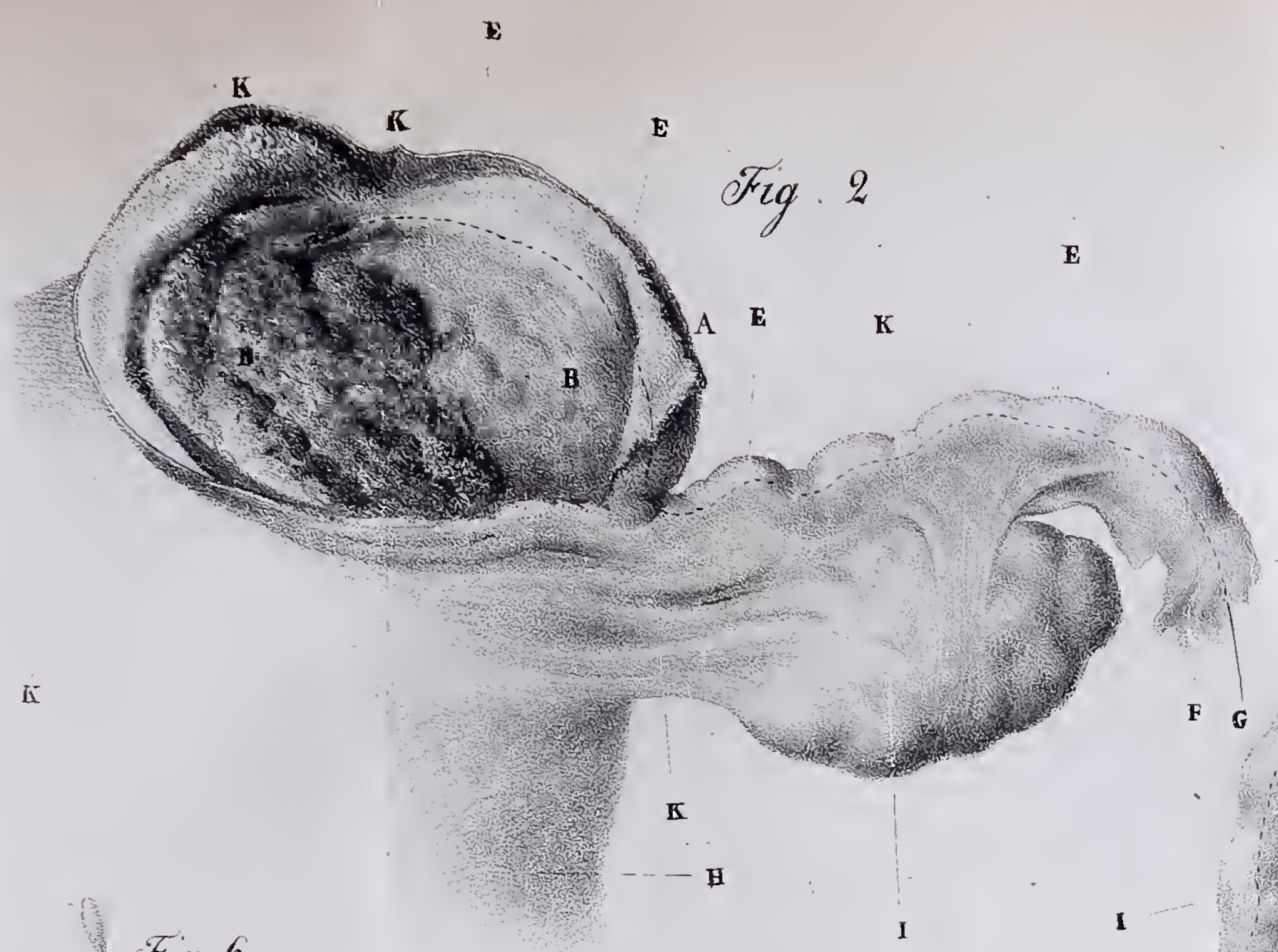


Fig. 2

Fig. 1.



Fig. 6



Fig. 5

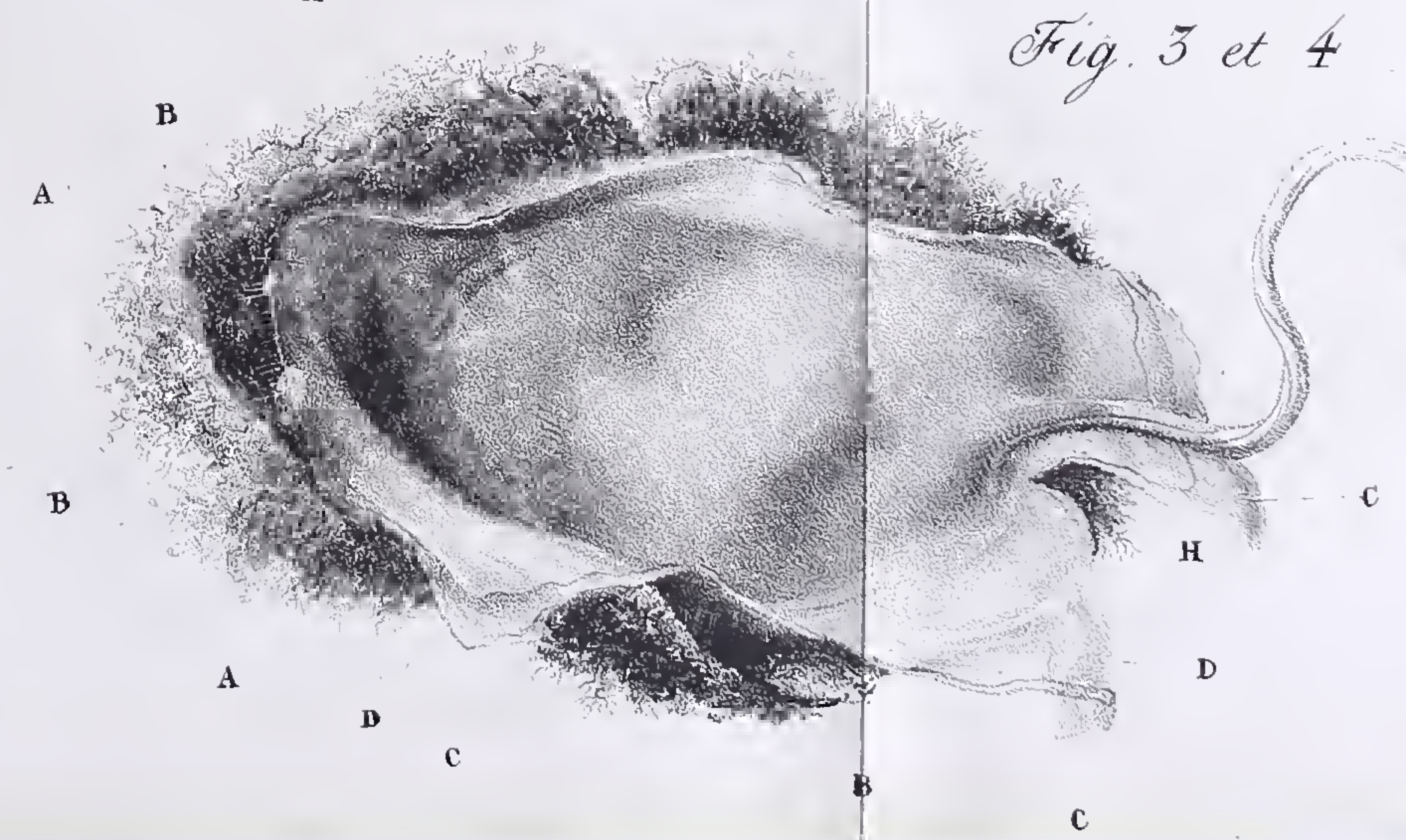




Fig. 3 et 4

Pl. 3

Fig. 1.

A. Chazal del.

Lith. de Langlumé;